

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA ...Nuova Rugby Roma

Sede Sociale: **Via..Padre Lorenzo Van D. E.**

N°.....**44**..... Città ..**Santa Marinella.(RM)**..... C.A.P **00058**

Telefono....**3388428659**..... Fax.....**0691657790**.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva ...**9106570585**.....

Codice Affiliazione Federale.....**369483**.....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA - NON AGONISTICA**

DELLO SPORT Rugby

Per l'ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

Associazione Sportiva Dilettantistica

NUOVA RUGBY ROMA

C.F. 91061570585

C.I.R. 369483

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma.....

**IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO
DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI
E DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE
MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI
DROGHE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI
PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.
ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL
CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ
CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA
AGONISTICA/NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ DI CUI ALLA SPECIFICA
NORMATIVA IN MATERIA.**

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....